

	FORMATO RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN TRABAJOS DE GRADO ASOCIADOS A LA PRÁCTICA/ TRABAJOS DE PRACTICA INVESTIGATIVA	CV -	
		Versión 1	Página 1 de 22

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

A continuación encontrarán los criterios para la presentación de Trabajos de Grado asociados a la práctica (TGAP) o Trabajos Práctica Investigativa (TPI). El estilo de presentación debe cumplir con los lineamientos del *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* 6ª Ed. (2010).

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRACTICA INVESTIGATIVA	
TITULO DEL TRABAJO	Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en formato breve y grupal, sobre los índices del Síndrome de Burnout y flexibilidad psicológica en personal asistencial del área de urgencias de una clínica de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá.
DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRACTICA INVESTIGATIVA	Claudia Liliana Valencia Granados
AUTOR (ES)	Andrea Geraldine Nemojón Cárdenas
PALABRAS CLAVE	Terapia de Aceptación y Compromiso, Síndrome de Burnout, personal asistencial.
AÑO / PERIODO	Se debe especificar el año y el período académico al que corresponde, por ejemplo. 2020-II
MODALIDAD	Tesis de Maestría

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (RESUMEN O ABSTRACT)

El estudio aplicó una intervención breve grupal, basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, para establecer su efecto sobre los índices del Síndrome de Burnout y flexibilidad psicológica en personal asistencial del área de urgencias de una clínica. Se implementó un diseño de grupos, experimental y control lista de espera, con 30 participantes cada uno. Los instrumentos fueron: MBI-HSS, WAAQ, GHQ-12, CFQ, DASS-21 y VQ. Las medidas se tomaron en tres momentos; fase de pretest, con el fin obtener información de forma individual de los participantes; fase pretest de contingencia, aplicación de pruebas tras el inicio de cuarentena - COVID-19; fase posttest, toma de datos luego de la aplicación de la intervención. Se realizó prueba t de Student para muestras independientes, Anova de medidas repetidas y Conover's Post Hoc Test. En los resultados se encontraron diferencias significativas, que permiten concluir que ACT disminuye los índices del Síndrome de Burnout.

2. INTRODUCCIÓN (JUSTIFICACIÓN Y ENMARCAMIENTO CONCEPTUAL Y TEÓRICO DEL PROBLEMA SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 1 Y 2 PAGINAS)

La presente investigación está relacionada con la Terapia de Aceptación y Compromiso y su efecto en el desgaste o agotamiento laboral conocido como el Síndrome de Burnout, en personal asistencial, siendo estos auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, médicos y especialistas del área de urgencias de una clínica de cuarto nivel.

El síndrome de burnout es definido como un inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas en el contexto laboral, lo que disminuye una buena prestación del servicio asistencial y deteriora la calidad de vida de la persona que lo presenta (Maslach, 1993).

Este síndrome se caracteriza en primer lugar por el agotamiento emocional, lo cual hace referencia a la falta de recursos psicológicos, emocionales y afectivos para brindar una óptima atención; otra característica es la despersonalización, etapa donde se desarrolla una actitud negativa y de estrategias de afrontamiento evitativas; finalmente, la disminución del sentido de realización personal que brinda una autocalificación negativa y disminuye las expectativas personales (Maslach & Jackson, 1981).

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en diferentes contextos, tales como el familiar, laboral y deportivo (Maslach, 1993). Los primeros estudios se desarrollaron con personal profesional en el área de medicina y de enfermería; seguido a esto se incluyeron profesiones relacionadas con la salud mental, como psiquiatras y auxiliares de psiquiatría (Gil & Peiró, 1997).

Se ha identificado que este síndrome genera sentimientos de culpa, ya que al ver su trabajo afectado por el bajo desempeño personal y la falta de reconocimiento laboral crea afectaciones que aumentan los niveles de ansiedad y depresión (Díaz & Gómez, 2016).

Ceslowitz (1989) reconoce los signos y síntomas presentes en el síndrome, dividiéndolo en tres categorías, dentro de la primera se encuentran los físicos: insomnio, cansancio, dolor cervical, falta de apetito y úlceras. Seguido a esto, los síntomas psicológicos: depresión, frustración, irritabilidad, ansiedad y respuestas inflexibles. En cuanto a los cambios conductuales se evidencian relaciones problemáticas con compañeros, retrasos en la hora de ingreso o faltar con frecuencia al trabajo y apatía hacia la organización. Además, Soderfeldt & Warg (1995) informan que el consumo de alcohol y drogas, es una forma de amortiguar los efectos del cansancio y agotamiento.

Por otro lado, Álvarez, Bocanegra & Migdolia (2013), indican que a nivel latinoamericano el siguiente porcentaje de la población presenta el síndrome: Chile 7%, Argentina 11%, Brasil 18% México 25% y Colombia 25%, donde se ubica Colombia como uno de los países cuyo mayor porcentaje de población lo presenta.

Un estudio realizado en diferentes ciudades de Colombia con un total de 160 participantes, evidencia alta puntuación del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de enfermería y médicos, en comparación con otras profesiones, mostrando un porcentaje elevado en las tres dimensiones del síndrome, el 40,9% puntúa niveles altos en área de cansancio emocional, el 45,5% refiere presentar distanciamiento y apatía con los pacientes y un 59,1% presenta bajos niveles de sus expectativas frente a la realización personal en el ámbito laboral (Muñoz et al., 2018).

De igual manera, Gutierrez, Loba & Martinez (2018) demuestran una diferencia significativa en los resultados del Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería del área de hospitalización y el de urgencias, en el área de atención de hospitalización fue de 25,5% y en áreas diferentes fue un 6,1%; mientras que en el área de urgencias se presentaron mayores proporciones en cansancio emocional 42%, despersonalización emocional 38% y en falta de realización personal 30%.

Además de esto, dentro de los trabajadores sanitarios, el personal de enfermería es considerado el grupo más vulnerable debido a la constante interacción que tiene con los pacientes en largas jornadas, compartiendo el dolor y sufrimiento de los mismos (Núñez, Nieto & López, 2016).

Por ende las organizaciones se deben encargar de generar ambientes saludables para los profesionales de la salud y de los

pacientes ya que como lo mencionan Rodríguez, Hinojosa & Ramírez (2014), este síndrome no permite que el empleado brinde una atención óptima a los clientes y que sus funciones no sean realizadas de manera eficaz, lo que a su vez hace que incremente el ausentismo laboral, generando pérdidas económicas para la empresa, impidiendo así el cumplimiento de las metas y políticas organizacionales.

Awa, Plaumann & Walter (2010) refieren la importancia de los programas de intervención contra el agotamiento, ya que son beneficiosos e incluyen medidas de mejora tanto para la persona como para la organización, teniendo en cuenta que aquellos programas de intervención que evidencian mejores resultados a largo plazo son los que implementan las instituciones dirigidas por profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, Ruiz & Ordiozola (2017) realizan un estudio que evidencia que las intervenciones basadas en ACT pueden incrementar la flexibilidad psicológica, lo que a su vez reduce el estrés y agotamiento laboral. Esta terapia está centrada en trabajar sobre los problemas que surgen a partir de eventos privados no deseados, los cuales comienzan a gobernar los comportamientos (sentimientos, emociones, pensamientos) de las personas, impidiendo que esta actúe en pro de alcanzar lo valioso (Páez, Gutiérrez, Valdivia & Luciano, 2006).

Mientras que Ahadi, Hosseini, Fati, Heidari & Mehdi Mazaher (2013) en su intervención grupal basada en ACT, evidencian una disminución significativa del estrés laboral, la sobrecarga y la sobrerresponsabilidad. al igual que el sentido de desrealización personal y el agotamiento en el trabajo, ya que esta intervención se basó en la aceptación de las capacidades personales y el contexto laboral, lo que a su vez mejoró la flexibilidad psicológica, cambiando la percepción individual, aceptando pensamientos y sentimientos negativos y dejando de lado la evitación experiencial. Rudaz, Twohig, Ong & Levin (2017) encontraron desde una intervención basada en ACT, una mejora significativa en flexibilidad psicológica en el trabajo con un efecto al momento de realizar la comparación entre grupos.

Por otro lado, Kroskaa, et al., (2017) evidencian con una muestra de 241 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, es decir puntuar significativamente en las dimensiones de síndrome, que el 51% de los participantes experimentó agotamiento laboral, asociándolo con el componente de evitación, donde se logra identificar una correlación con las tasas de ausentismo, identificando de igual manera que las habilidades relacionadas con flexibilidad psicológica, juegan un papel importante en la mejora del bienestar en el trabajo.

Kinnunen, Puolakanaho, Tolvanen, Mäkikangas & Lappalainen (2019) en su estudio con 105 profesionales, encontraron participantes que presentaban agotamiento emocional. A través de una intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso basada en flexibilidad psicológica, el agotamiento se redujo y las habilidades de atención plena aumentaron en los participantes, estos hallazgos muestran que existen diferencias considerables en las respuestas a una intervención breve basada en la conciencia plena,

aceptación y compromiso.

Teniendo en cuenta las investigaciones mencionadas con ACT y el Síndrome de Burnout en población asistencial y los pocos estudios encontrados en Colombia, especialmente en formato breve y grupal, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre los índices de Burnout y la flexibilidad psicológica en personal asistencial del área de urgencias de una clínica de IV nivel?

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó con 60 participantes de población asistencial; auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, médicos y especialistas del área de urgencias, pertenecientes a una clínica de cuarto nivel, con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, con formación académica requerida, residentes en la ciudad de Bogotá, vinculados laboralmente a la clínica. El tipo de muestreo, fue un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Además, se implementó un diseño de grupos, uno experimental y otro lista de espera, tomando medidas pre y posttest, lo cual permitió evidenciar los efectos de un protocolo basado en ACT sobre los índices de Síndrome de Burnout. Arnau (1990) define que este tipo de diseño pretende demostrar una relación de carácter causal entre la variable dependiente y la independiente identificando tres características principales en este diseño: en primer hay lugar una manipulación por parte del investigador de la variable independiente, con el objetivo de generar cambios; seguido a esto se pretende que la variable dependiente varíe únicamente luego de la intervención, por último, el investigador asignará de manera aleatoria los sujetos a los grupos experimentales de tal manera que quedarán equivalentes, en caso de presentarse una variable extraña será repartida aleatoriamente en los grupos, lo que generará un efecto neutral.

Para medir el efecto de la variable independiente sobre la dependiente se implementó el Inventario de desgaste profesional de Maslach (Maslach Burnout Inventory Human Service Survey – MBI-HSS); además, manera se usaron los siguientes instrumentos: Depression, Anxiety and Stress Scale- 21 (DASS-21), Cuestionario de acción y aceptación laboral (Work-related Acceptance and Action Questionnaire - WAAQ), Cuestionario de Fusión Cognitiva (The Cognitive Fusion Questionnaire - CFQ), Cuestionario de salud general (GHQ), Valuing Questionnaire (VQ).

Seguido a esto se realizó la adaptación al español de un protocolo breve basado en ACT (Flaxman, Bond & Livheim, 2013) en formato grupal para Síndrome de Burnout en población asistencial colombiana. Se desarrolló una convocatoria al personal asistencial de la institución perteneciente al área de urgencias con el fin de reunir la población. Se diseñaron avisos publicitarios con preguntas

capciosas, para abrir expectativas de la invitación y posteriormente realizar el llamado a la citación de la reunión de apertura, la cual se ejecutó en tres ocasiones (mañana, tarde y noche), teniendo en cuenta los diferentes turnos para que fuera de fácil acceso para todos y que no se convirtiera en un factor excluyente. Una vez se reunió el personal conforme su llegada, se les asignó un número desde el 1 para tener control de la cantidad de participantes. Se realizó la bienvenida y socialización de los objetivos del programa que se realizó, cuyo mensaje principal se basó en la apertura de un espacio brindado por institución para generar oportunidades de mejora por medios de herramientas psicológicas que podrían aplicar a cualquier contexto de su vida. Inicialmente se firma consentimiento informado para la autorización de toma de datos, línea de base e intervención, de los participantes la cual duro alrededor de una hora. De esta manera se inició la intervención de manera voluntaria al primer grupo.

Se seleccionaron los primeros 30 participantes al grupo experimental y a partir del participante número 31 se asignó a grupo control, a quienes se les informó que dado el tiempo y para comodidad de los participantes se dividirían en dos grupos a quienes posteriormente se les realizarían las actividades correspondientes; debido a la contingencia presentada por el COVID-19, se realizó nuevamente la aplicación de instrumentos con el fin de identificar puntuaciones relevantes derivadas de la contingencia y que permitieran contrastar resultados en primer y segundo momento, es decir, antes y después de la pandemia.

Se realizó la adaptación y aplicación del protocolo de Flaxman, Bond & Livheim (2013), en formato breve y grupal, basado en ACT y flexibilidad psicológica al grupo experimental. Al iniciar las sesiones se realizaba la bienvenida, presentación de agenda, objetivos de sesión y posterior desarrollo de la misma. La duración de cada sesión oscilaba entre 60 y 90 minutos. Este protocolo consta de tres sesiones, dos temas principales: la atención plena y acción basada en valores, por medio de: 1. ejercicios de mindfulness, los cuales estaban orientados a generar en los participantes la capacidad de estar en el aquí y el ahora sin realizar juicios de valor con ejercicios de respiración, descripción, orientación y conciencia del cuerpo. 2. metáforas: la brújula, el autobús, sacando la mente a pasear y de las dos escalas, con el fin de permitir a los participantes orientar sus acciones hacia valores tomando perspectiva desde sus experiencias. 3. ejercicios experienciales con el propósito de confrontar a los participantes frente a situaciones particulares previas de fracaso; esto para promover efectivamente la flexibilidad psicológica. (Bond et al., 2016)

Se tomaron medidas correspondientes en los dos grupos con los mismos instrumentos dos semanas después de la aplicación total de la intervención al grupo experimental, debido a consideraciones éticas, se realizó aplicación de la intervención al grupo control. Por último, se analizaron los resultados de las tres medidas a los dos grupos.

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, el presente estudio se realizó con el fin de brindar aportes al conocimiento de las causas, prevención y promoción en la salud mental, haciendo referencia al Síndrome de Burnout en población asistencial, entendiéndose éste como un grupo subordinado (trabajadores de hospitales), como se evidencia en el capítulo V, artículo 45 y 46.

Así mismo, como está estipulado dentro de esta misma resolución en el artículo 11, se categoriza como investigación con riesgo mayor que el mínimo, ya que se implementarán pruebas psicológicas con un método aleatorio de asignación a esquema terapéutico, con el fin de generar cambios sobre una conducta.

Según la ley 1090 de 2006, la investigación es realizada por un profesional con conocimiento en el área de la salud mental, bajo la supervisión de profesionales con experiencia en cuidar la integridad del ser humano, encargados de orientar la investigación contando con los recursos humanos y materiales que garanticen el bienestar de los sujetos de la investigación. Se contará con el consentimiento informado (ver Anexo 1) y por escrito de cada participante, indicando la autorización de su participación en el estudio, conociendo los procedimientos, garantizando a su vez el secreto profesional, lo que implica la no divulgación de los datos personales y resultados de las pruebas realizadas, dando el derecho a los usuarios de conocer los resultados y las interpretaciones de las mismas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SE DEBERÁ MOSTRAR, EN FORMA ORGANIZADA Y PRECISA LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, Y PRESENTAR LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS MISMOS. SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 2 Y 4 PÁGINAS.

Resultados

El objetivo de este estudio consistió en identificar el efecto de una intervención breve y grupal basada en ACT sobre los índices del Síndrome de Burnout en personal asistencial del área de urgencias. Para este fin, se implementó ANOVA de medidas repetidas para comparar grupo experimental y grupo control, Prueba T student para muestras independientes con el fin de realizar análisis de pre y posttest de cada grupo y Conover's Post Hoc Test, el cual nos arrojó la significancia de los resultados, además de identificar en qué momento de las tres medidas lo fueron.

El estudio se realizó en tres momentos: (1). fase pretest: aplicación de instrumentos. (2) fase pretest Covid-19: se decide realizar la aplicación nuevamente de los instrumentos con el fin de identificar si la llegada de casos contagiados a la institución genera cambios significativos en los funcionarios. (3) fase posttest: aplicación de pruebas luego de la intervención. Los datos obtenidos a través de las medidas continuas en la fase de evaluación (línea base) e intervención se exponen a continuación: los resultados se describen teniendo en cuenta las tablas y figuras, las cuales hacen referencia a las etapas de la investigación y puntualizan los resultados de los instrumentos.

La muestra fue de 60 participantes, los estadísticos descriptivos arrojan que 38 de los funcionarios intervenidos son auxiliares de enfermería, 6 jefes de enfermería, 11 médicos y 5 especialistas de medicina. 21 personas pertenecen a la jornada de la mañana, 20 a la jornada de la tarde y 19 a la de la noche. El 65 % de la población son mujeres y el 35% hombres; el 60% indicó al estado civil casado y el 23% a soltero; 24 participantes tienen entre 20 y 30 años, 25 entre 31 y 40 años y la población restante supera los 41 años de edad. La

mayoría de los participantes se encuentra en los estratos 2 y 3, con un 26 % y 55% respectivamente. Además, el 64% tiene personas a cargo como hijos, padres, hermanos, etc. La mayoría de la población lleva más de 2 años trabajando en la institución, sumando el 73% de la muestra.

El primer objetivo de este estudio fue identificar las diferencias entre los grupos en las pruebas administradas. La prueba t student para muestras independientes, se usó para comparar puntajes pretest de todas las variables. En los resultados no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones pretest en las medidas del VQ subescala observación (primera medida) y en las segundas medidas de MBI, DAAS 21, CFQ y WAAQ, lo que indica que en estas pruebas la población era homogénea antes de la aplicación de la intervención. Mientras que se encontraron diferencias significativas en los puntajes del primer momento en la prueba MBI las tres subescalas y GHQ, y en el segundo momento únicamente en el GHQ, tal y como se presenta la tabla 1.

La prueba t student comparó las puntuaciones de los dos grupos al finalizar la aplicación de la intervención y de esta manera comparar la intervención con el paso del tiempo. En este tercer momento, es decir posttest (ver tabla 3), se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de todas las pruebas.

El siguiente objetivo, fue identificar los efectos con el paso del tiempo en función del grupo experimental y grupo control en los momentos 1,2,3 en las diferentes pruebas aplicadas. Esto se analizó a través del Anova de medidas repetidas y del Conover's Post Hoc Test. En la prueba MBI desgaste emocional, se encuentra una diferencia significativa ($P = 0,01$) entre el momento 1 y el momento 2 ($P = 0,01$), momento 2 y 3 ($P = 0,01$), pero no entre el momento 1 y 3, arrojando $P = 0.52$. En la subescala realización personal se encuentran diferencias significativas en los momentos 2 y 3 ($P = 0,01$), 1 y 2 ($P = 0,01$), pero no en el momento 1 y 3 ($P=0.76$); finalmente en despersonalización hay diferencia significativa en los momentos 1 y 2, y 2 y- 3 ($P = 0,01$), pero no entre los momentos 1 y 3 con un $P=0.92$.

En las figuras 4, 5 y 6 respectivamente, se evidencian los cambios del grupo experimental en las pruebas GHQ-12, CFQ y WAAQ. En primer lugar, el GHQ-12 arrojó puntuaciones significativas en los tres momentos ($P=0,01$). Por otro lado, el CFQ en las medidas 1 y 3, presenta significancia ($P=0,01$), indicando que hay menor fusión cognitiva luego de la intervención. Finalmente, el cuestionario WAAQ arroja $P=0,01$ entre los momentos 1 y 2, y 2 y 3, sin embargo, la medida 1 y 3 arroja $P=1,00$, indicando que no hay significancia.

Se presenta significancia en la subescala obstrucción solamente en el momento 1 y 2 ($P=0,01$), las medidas 1 y 3, y 2 y 3 arrojan $P=0,06$. La subescala progreso no arroja significancia en ninguna medida, se evidencian los siguientes valores: momento 1 y 2 $P=0,17$, 1 y 3 $P=1,00$ y 2 y 3 $P= 0,02$.

Finalmente, en cuanto al cuestionario DASS 21, el cual comprende tres subescalas: ansiedad, depresión y estrés, hay significancia en los momentos 1 y 2, y 2 y 3 ($P=0,01$) de cada una.

Discusión

El Síndrome de Burnout hace referencia a un estrés crónico de origen laboral con reacciones emocionales, conductuales y psicológicas derivadas de las demandas del contexto y es considerada una de las problemáticas de mayor prevalencia en la última década, especialmente en personal asistencial, ya que genera respuestas ineficaces ante las exigencias del entorno, afectando la salud mental y el bienestar del trabajador (Díaz, 2010). Por esto, el presente estudio se enfocó en analizar el efecto de una intervención breve grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre los índices de Burnout en personal asistencial.

En el primer estudio que evalúa la efectividad de ACT y la flexibilidad psicológica en trabajadores; Bond & Bunce (2003) encontraron que este tipo de intervención incrementa la flexibilidad psicológica y de esta manera impacta en la salud mental, mejora el rendimiento laboral e incrementa la capacidad de aprendizaje en el trabajo. La flexibilidad psicológica, se define como la habilidad para contactar con el presente, teniendo en cuenta sentimientos y pensamientos, sin necesidad de evitarlos, de tal forma que el individuo pueda actuar encaminado a cumplir sus valores y metas propuestas (Hayes, et al., 2006). La flexibilidad psicológica se ha identificado como un mecanismo fundamental que influye positivamente en la psicoterapia y evidencia mejoras en personas con problemas de salud mental o enfermedades crónicas (Aguirre & Moreno 2017).

Tras la intervención grupal breve basada en ACT, en el presente estudio se evidencia que los índices de las subescalas del MBI-HSS, instrumento que evalúa desgaste laboral en personal asistencial, muestran una disminución significativa de agotamiento emocional y realización personal, ya que como lo mencionan Chou, Li & Hu (2014) son las áreas en las que se refleja mayor efecto teniendo en cuenta que el 95% de los participantes presentaba Burnout. Hayes, Pistorello & Levin, (2012) mencionan que al haber incremento en la flexibilidad psicológica se reduce la sintomatología emocional, lo que a su vez permite crear satisfacción de las funciones del empleado en la organización, mejorando el rendimiento laboral, además de esto, los participantes refirieron que han puesto en práctica las estrategias entrenadas en las sesiones, generalizándolas a diferentes áreas de su vida.

En consistencia con lo anterior, el estudio evidenció relaciones significativas entre las medidas obtenidas en el GHQ- 12 cuestionario que mide salud general, donde Flaxman & Bond (2010) mencionan que los componentes de la terapia incrementan la salud mental general de los empleados; de igual manera, en las medidas de CFQ, prueba que evalúa el nivel de fusión cognitiva, el grupo experimental disminuye sus índices, demostrando que el apartarse de aquellos pensamientos resulta efectivo para dirigirse en sentido a los propósitos que son importantes para el sujeto (Moran, 2015).

Así mismo VQ cuestionario de valores, evidencia significancia en la subescala de progreso, lo que indica que tener claridad en los valores genera acciones en relación a las metas (Törneke, Luciano & Valdivia, 2008). Por último, el DASS 21, encargado de evaluar

ansiedad, depresión y estrés, evidencia una diferencia bastante amplia en el momento de la intervención en los dos grupos, Hayes, (2013) enfatiza en que la práctica de vivir el momento presente, aísla la rumia sobre fracaso, frustración, pérdida, rechazo, y demás eventos privados que también se encuentran fusionados con situaciones aversivas del futuro, llevándolos a la ansiedad, depresión y estrés.

Tal y como lo indican Donalson, Feilder & Bond (2004), la flexibilidad psicológica en el lugar de trabajo se encarga de incrementar la percepción de tener un mejor rendimiento, por ende, buenos resultados en las funciones; es por esto que se usó el WAAQ, el cual arrojó diferencias significativas luego de la intervención, lo que permite analizar que la terapia incrementa la flexibilidad psicológica y mejora el rendimiento laboral.

Es importante resaltar que se evidencian cambios significativos entre los momentos 2 y 3, ya que hay aumento de síntomas en los diferentes instrumentos aplicados, lo cual se podría relacionar con la pandemia por COVID – 19 generando afectaciones relevantes en la salud mental de los funcionarios de la institución tal y como lo muestran Ramirez, Castro, Lerma, Yela & Escobar (2020), puesto que al ser una emergencia de salud pública se asocian síntomas como la ansiedad, depresión, generando mayor estrés laboral en trabajadores de las entidades prestadoras de servicios de salud, específicamente médicos y enfermeras que trabajan directamente con este tipo de pacientes.

Además, según Álvarez, Castiblanco, Correa, & Guío (2020), el estrés postraumático y suicidio han arrojado cifras en aumento en el personal asistencial de primera línea desde la pandemia, por lo cual resaltan la importancia de que las organizaciones laborales brinden apoyo psicológico y/o psiquiátrico de emergencia y que abran espacios para ofrecer herramientas de autocuidado emocional, ya que a pesar de tener los elementos de protección personal, el 92% de la población se siente vulnerable al contagio y como un posible foco de transmisión a sus seres queridos.

De igual manera, Rodríguez Rodríguez, Fonseca Fernández, Valladares González, & López Angulo, (2020) menciona una serie de pautas efectivas que se pueden implementar dentro de las jornadas laborales para el personal asistencial, enseñadas por psicólogos, tales como técnicas de respiración, Mindfulness, fijación de metas, expresión emocional, con el fin de que el profesional pueda evaluar el estado psicológico y reconocer signos de alerta para posteriormente según sea el caso identifique los trabajadores que presenten desgaste emocional y recomendar dar continuidad con tratamiento psicológico.

Por otra parte, cabe resaltar que entre los momentos 1 y 2 la mayoría de pruebas no arrojan significancia, es decir $P > .01$ indicando que todas las condiciones de los participantes son iguales, la muestra se mantiene homogénea y hay estabilidad entre los datos, lo que demuestra que los resultados del postest si se deben directamente a la intervención

Adicionalmente, se realizaron estadísticos descriptivos, la mayor parte de la población supera los 31 años, pertenece al género femenino, auxiliares de enfermería, estado civil casado, tienen personas a cargo y pertenecientes al turno día. Pedraza, Contreras, Chávez

& Shaikh (2017) indican que el género femenino se encuentra mayormente afectado, específicamente personas mayores de 35 años, que tengan personas a su cargo, como hijos o padres y que sean del turno del día, adicional a esto, está asociado el hecho de la antigüedad, haciendo referencia a que prevalecen los síntomas en profesionales con más de 5 años de antigüedad.

Los resultados permiten considerar que se cumple con los objetivos de la investigación ya que se evidencia el efecto de ACT sobre los índices de burnout, además, la muestra cumple con los criterios de participación: ser del área asistencial, permitiendo así que se registraran las problemáticas derivadas en contexto laboral para la respectiva intervención, sin embargo, se presentan limitaciones relacionadas con el tiempo debido a la pandemia, ya que no fue posible realizar un seguimiento para corroborar la validez interna del estudio, lo que a su vez impide la generalización de los resultados, ni determinar si los resultados se mantienen en el tiempo, ya que según lo mencionado es la principal ventaja de ACT sobre TCC. De igual manera, se recomienda para próximos estudios tener como criterio de inclusión, participantes con Síntomas de Burnout, teniendo en cuenta que la de este estudio fue elegida por conveniencia.

Finalmente, los resultados arrojados contribuyen a la investigación en lo relacionado a la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre Síndrome de Burnout en personal asistencial, comprobando que el aumento de la práctica en los componentes claves de ACT, tales como: la flexibilidad psicológica, acciones orientadas a valores, defusión cognitiva y momento presente, pueden ser de utilidad y mejoran el desempeño en el contexto laboral, debido a que permite establecer un nivel de satisfacción en los objetivos relacionados entre la vida personal y la organización por medio de acciones en sentido a lo valioso, adicionalmente, abre las puertas para que se desarrollen más capacitaciones y entrenamientos en las estructuras organizacionales con el fin de incrementar la salud mental de sus funcionarios.

5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS. TODAS REFERENCIAS CONSULTADAS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA (AUNQUE NO APAREZCAN EN EL ARTÍCULO)

- Aceves, G. A., López, M. Á. C., Moreno, S., Jiménez, F. F. S., & Campos, J. D. J. S. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.
- Aguirre, A., y Moreno, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1).
- Ahadi, A., Hosseini, A., Fati, L., Heidari, A., y Mehdi, M. (2013). El estrés laboral y el efecto de la capacitación grupal basada en la aceptación del tratamiento y el compromiso de agotamiento. *Irianian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(2).
- Álvarez, L., Bocanegra, P., y Migdolia, B. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de

- tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería global*, 12(29).
- Álvarez, P. E., Castiblanco, F., Correa, A. F., & Guío, Á. M. (2020). COVID-19: doctors, gastroenterology and emotions. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35, 64-68.
- Arnau, J. (1990). Diseños Experimentales Multivariados. Madrid: Alianza.
- Awa, W., Plaumann, M., y Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2).
- Balch, C., Shanafelt, T., Dyrbye, L., Sloan, J., Russell, T., Bechamps, G., y Freischlag, J. (2010). Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *Journal of the American College of Surgeons*, 211(5).
- Blackledge, J., y Hayes, S. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2).
- Bond FW & Bunce D (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*, 88(6), 1057.
- Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 113-130.
- Bond, F., Lloyd, J., y Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3).
- Bond, F. W., Lloyd, J., Flaxman, P. E., & Archer, R. (2016). Psychological flexibility and ACT at work. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 459-482.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1).
- Bradley, H. (1969). Community-based treatment for Young adult offenders. *Crime and delinquency*. 15, 365-370.
- Carbonell, M. M., Diaz, R. P., & Marin, A. R. (2016). Diagnostic usefulness of anxiety and depression scale goldberg (EAD-G) in Cuban adults/Valor diagnóstico de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubano. *Universitas Psychologica*, 15(1), 177-192.
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 5(20), 230-237.

- Castillo, Y., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K., & Licona, S. (2014). Labor Stress in nursing and associate factors: Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30(1), 34-43.
- Ceslowitz, S. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of advanced nursing*, 14(7).
- Chou, L., Li, C. & Hu, S. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *British Medical Journal*, 4, 1-7.
- Congreso de la República (2006, 6 de septiembre). Ley 1090 de 2006: por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario Oficial* (46.383).
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., Gonzalez, M. A., Martinez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011). Adaptacion y validacion del Inventario Maslach para el Desgaste Profesional-Encuesta para los Servicios de Salud en Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 42(3), 286-294.
- Díaz D. (2010). *Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial*. Salud Pública. 2010; 2 (1): 80
- Díaz, F., y Gómez, C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1).
- Donaldson-Feilder, EJ y Bond, FW (2004). La importancia relativa de la aceptación psicológica y la inteligencia emocional para el bienestar laboral. *British Journal of Guidance and Counseling* , 32 (2), 187-203.
- Flaxman, P.E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance. Oakland, CA: New Harbinger
- Flaxman, P. E, Bond F., W. (2010). Acceptance and commitment training: Promoting psychological flexibility in the workplace. In Baer RA, editor. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. Oakland, CA, US:Context Press/New Harbinger Publications; 2010. P 282-306.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gardner B, Rose J, Mason O, Tyler P, Cushway D. (2015). Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an inteventional study. *Work Stress*.
- Gelso, C., y Hayes, J. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4).
- Gil, P. y Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. Professional burnout: Recent developments in theory and research. WB Schaufeli, C. Maslach and T. Marek.
- Gil, P., y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3).

- Gil, E., Ruiz, FJ, Luciano, C. y Valdivia-Salas, S. (2014). *Otro paso experimental en el análisis de la respuesta jerárquica* (No. ART-2014-86676).
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101.
- Giraldo, Y., López, B., Arango, L., Góez, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería, Medellín-Colombia, 2011. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 45(1).
- Goldberg, D., Williams, P., 1988. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, Windsor, UK.
- Gutiérrez, O., Lobo, N., y Martínez, J. (2018). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Universidad y Salud*, 20(1) 37-43.
- Hassard, J., Teoh, K., Cox, T., Dewe, P. (2014). *La estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo*. EU-OSHA.
- Hayes, L. (2013). Happiness in Valued Living: Acceptance and Commitment Therapy as a Model for Change. En S. A. David., I. Boniwell & A. Conley (Eds.), *Oxford Handbook of Happiness* (994-1008). United Kingdom: Oxford University Press.
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Villate, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open aware and active: Contextual approaches as an emerging trend the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6).
- Hayes SC, Luoma JB, Bond F, Masuda A, & Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W. Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and Therapy*, 44, 1-2

- Hayes, S., Pistorello, J. & Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002
- Kroskaa, E., Calarge., O'Haraa, M., Deumica, E., Dindo., (2017). Burnout and depression in medical students: Relations with avoidance and disengagement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6.
- Korczak, D., Wastian, M., y Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, 8.
- Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Mäkikangas, A., & Lappalainen, R. (2019). Does mindfulness-, acceptance-, and value-based intervention alleviate burnout? A person-centered approach. *International Journal of Stress Management*, 26(1), 89.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2005). Banishing burnout. Six strategies for improving your relationship with work. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lloyd, J., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress*, 27(2), 181-199.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.
- Luciano, C., Gutiérrez, O., y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(2).
- Luciano, C., y Valdivia, S. Paez, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. (2014) Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: a laboratory demonstration. *J Exp Anal Behav*. 2014;101(1):94-111. doi:10.1002/jeab.68
- Luciano, C., Páez, M., y Valdivia, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1).
- Ludwig, DS., Kabat--Zinn, J. (2012) Mindfulness in medicine. *JAMA*.
- Luoma, J. B., & Hayes, S. C. (2009). 16 COGNITIVE DEFUSION. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*, 181.
- Maslach C. 1982. Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Cambridge, MA: Malor Books.
- Mairal, J. B. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and*

- Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Maslach, C., y Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 7(1).
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2).
- Maslach, C. (2017). Burnout: A multidimensional perspective. In *Professional burnout* (pp. 19-32). Routledge.
- Maslach, C. 1993. Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis. p. 19-32
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Moran, D. (2015). Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, 2, 26-31.
- Muheim, F. (2013). Burnout: History of a phenomenon. In *Burnout for Experts*. Springer, Boston, MA.
- Muñoz, S., Ordoñez, J., Solarte, M., Valverde, C., Villarreal, S., y Zemanate, M. (2018). Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1).
- Novaes, F., Pinn, G., Lourenco, M.C. & Oliveira, M.T. (2011). ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NO ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT. Artigo de Revisao. Review Article. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro.
- Núñez, S., Nieto., y López, J. (2016). ¿En el personal de enfermería existe Burnout?. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 1(1).
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La Organización del Trabajo y el Estrés*. Recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Luciano., C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1).
- Bedoya Marrugo, E. A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. *Medisan*, 21(11), 3172-3179.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Rodríguez., Hinojosa, L., y Ramírez, M. (2014). Evaluación del desempeño docente, estrés y burnout en profesores

- universitarios/Evaluation of teacher performance, stress and burnout in university professors. *Actualidades Investigativas en Educación*, 14(1).
- Rodríguez Rodríguez, T., Fonseca Fernández, M., Valladares González, A. M., & López Angulo, L. M. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. Cienfuegos. Cuba. *MediSur*, 18(3), 368-380.
- Rudaz, M., Twohig, M., Ong, C., y Levin, M. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.
- Ruiz, F.J., García-Beltrán, D.M., & Suárez-Falcón, J.C. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2014). The Spanish version of the Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). *Psicothema*, 26, 63- 68. doi: 10.7334/psicothema2013.110
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358.
- Ruiz, F.J, Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & GilLuciano, B. Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia.
- Ruiz, F., y Odriozola, P. (2017). El rol predictivo y moderadores de la flexibilidad psicológica en el burnout. *Universitas Psychologica*, 16(4).
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño Hernández, D., & Gil-Luciano, B. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. In *ACBS World Conference* (Vol. 14).
- Ruiz, F., Luciano, C., Vizcaíno, R., y Sánchez, V. (2012). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad [Application of acceptance and commitment therapy (ACT) in children with anxiety disorders. A case study of darkness phobia]. *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso*, 27-44.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental

psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.

Schonfeld, I. y Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*, 72, 22-37.

Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 164-172

Soderfeldt, M., y Warg, L. (1995). Burnout in social work. *Journal of Mental Health*, 11(3).

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional burnout. *Handbook of work and health psychology*, 1, 383-425.

Törneke, N., Luciano, C. & Valdivia, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141- 156.

Zettle, R., Hayes, S., Barnes-Holmes, D., Biglan, A. (2016). The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science. *Wiley Blackwell* 22, 459-482.

6. APENDICES

SE DEBE ANEXAR EL ARTÍCULO Y LOS DEMÁS ANEXOS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES

El artículo (principal producto de la investigación bien sea de Trabajo de grado asociado a la práctica o Práctica Investigativa) debe incluirse como apéndice de este documento.

Anexo 1. Protocolo basado en ACT en el lugar de trabajo (Flaxman, Bond y Livheim, 2013)

SESIÓN 1	
<i>Segmento de capacitación</i>	<i>Claves para la estrategia de intervención</i>

<p>1. Bienvenida y presentaciones</p> <p>2. Descripción general de la capacitación</p> <p>3. Introducción a la atención plena</p>	<p>Definición de “mindfulness”</p> <p>Ejercicio de calentamiento, práctica de dos habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de uvas pasas - Atención del cuerpo y la respiración <p><i>Tarea:</i> actividad de rutina consciente para la próxima semana (se les brinda audio para practicar en casa).</p>	
<p>4. Introducción a los valores basados en la acción</p> <p>5. Presentación de fundamento/objetivo de capacitación.</p> <p>6. Discusión de la práctica en el hogar. (asignación de tarea)</p>	<p>Definición de valores</p> <p>Metáfora de la brújula</p> <p>Valores clasificación de cartas</p> <p>Traducir un valor en acciones específicas</p> <p>Técnica de dos hojas de papel</p> <p><i>Tarea:</i> tres acciones valiosas para la próxima semana</p>	
SESIÓN 2		
<i>Segmento de capacitación</i>	<i>Claves para la estrategia de intervención</i>	

<p>1. Apertura de la práctica de mindfulness</p> <p>2. Revisión de práctica en el hogar</p> <p>3. Presentación objetivos de capacitación.</p> <p>4. Desenredando las barreras del pensamiento a la acción valorada</p> <p>5. Atención del estado de ánimo / emoción</p>	<p>Mindfulness del cuerpo y ejercicio de respiración “body scan”</p> <p>Pares y discusión grupal de tarea “actividad consciente”</p> <p>Instrucción a ejercicio “metáfora del autobús”</p> <p>Auto "reflexión sobre contenido de pensamiento inútil</p> <p>Defusión ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - experimente pensamientos inútiles en la voz de personajes de dibujos animados de películas y luego a una melodía familiar - Ejercicio de fisicalización 	
<p>6. Presentación de fundamentos de capacitación.</p> <p>7. Definición de valores basados en la planificación de objetivos y acciones</p> <p>8. Discusión de la práctica en el hogar.</p>	<p>Técnica de dos hojas de papel</p> <p>Construcción de cuatro objetivos basados en "valores semanales" y plan de acción.</p> <p><i>Tarea:</i> Tres acciones valiosas para la próxima semana - Cuatro objetivos valiosos</p>	
SESIÓN 3		

<i>Segmento de capacitación</i>	<i>Claves para la estrategia de intervención</i>
<p>1. Dar una buena acogida</p> <p>2. Apertura de la práctica de mindfulness</p> <p>3. Reflexión sobre las últimas semanas.</p> <p>4. Cuestionario de valores</p> <p>5. Presentación de la justificación del programa.</p> <p>6. Notando y desenredando de barreras internas</p> <p>7. Valores "objetivo y acción basados planificación</p> <p>8. Manteniendo las cosas en marcha</p> <p>9. Reflexiones personales finales</p>	<p>Marco de organización de dos habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - práctica de la atención plena del cuerpo y de la respiración - breve ejercicio de tres pasos para uso frecuente. (3 acciones) <p>Discusión grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un vistazo a la tarea basada en valores <p>Técnica de dos hojas de papel</p> <p>Ejercicio de fisicalización</p> <p>Notando la mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sacando mente a pasear perspectiva resiliente de "observador" <p><i>Tarea:</i> Tres acciones valiosas para la próxima semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> - fijación de objetivos a medio y largo plazo; <p>Reflexión sobre la práctica continua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pautas principales para la vida basada en valores. - ¿Qué impacto ha tenido el entrenamiento en ti? - ¿Cómo podría s usar los aprendido aquí?
<p>Anexo 2. Formato consentimiento informado</p> <p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Fecha</p>	

Yo _____ con cédula de ciudadanía número _____ de _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al estudio ***efecto de la terapia de aceptación y compromiso (act) sobre los índices del síndrome de burnout en personal asistencial del área de urgencias de una clínica de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá*** realizado por Andrea Geraldine Nemojón Cárdenas, con el fin de obtener el título de maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, y se me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador contribuyendo a este proceso de forma activa.

Soy conocedor de que se respetara la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo de mi seguridad física y psicológica y que los resultados obtenidos no afectaran mi contexto laboral.

Firma

Cc: